

Dos enfoques de ayuda psicológica para personas en situación de riesgo de suicidio

Juan GARCÍA-HARO

Marta GONZÁLEZ GONZALEZ

Servicio de Salud del Principado de Asturias (España)

Resumen

La problemática suicida es sin duda una de las más difíciles que enfrenta el profesional de salud mental. En la ayuda a personas en situación de riesgo suicida se camina muchas veces a tientas desprovistos de un sistema terapéutico unificado que sirva para aliviar el sufrimiento y prevenir la conducta suicida. En este artículo se presentan dos enfoques de ayuda psicológica para personas en situación de crisis suicida. Son los siguientes: la terapia existencial y la terapia cognitiva. En conclusión, estos dos enfoques de ayuda, solos o en combinación, pueden ser útiles en los servicios públicos en la atención y prevención de conductas suicidas.

Abstract

The suicide problem is, without a doubt, one of the most difficult faced by the mental health professional. Help people in suicide risk walking often groped devoid of a unified therapeutic system that serves to alleviate the suffering and prevent suicidal behaviour. This article presents three approaches to psychological support for people in suicidal crisis. They are as follows: existential therapy and cognitive therapy. In conclusion, these two approaches to help, alone or in combination, may be useful in the public services in the care and prevention of suicide behavior.

“A un suicida al que se le preguntara por el sentido de la vida no se le disuade con buenas razones, por el contrario, el nihilista abstracto enmudece ante la pregunta de por qué sigue viviendo.”
(J.A. Estrada Díaz, 2007, *La lucha contra el nihilismo, según Adorno*, pág. 347).

“No obstante, seguía sintiéndome profundamente desdichado. Había un sendero que llevaba a New Southgate a través de los campos, y solía ir allí solo para contemplar la puesta de sol y pensar en el suicidio. No me suicidé, sin embargo, porque deseaba saber más matemáticas.”
(B. Russell, 1969/2012, *Autobiografía*, pág. 60).

La problemática suicida es sin duda una de las más difíciles que enfrenta el profesional sanitario. En el desarrollo y mantenimiento de las conductas suicidas se imbrican numerosos factores: culturales, sociales, psicológicos, clínicos y biológicos. Esto dificulta una adecuada evaluación y por tanto la aplicación de una ayuda efectiva.

En la ayuda a personas en situación de riesgo suicida se camina muchas veces a tientas desprovistos de un sistema

terapéutico que sirva para aliviar el sufrimiento y la conducta suicida. Cuando se atiende a una persona que presenta crisis, ideas o conductas suicidas, hay dos opciones básicas de ayuda: dar un tratamiento farmacológico que alivie los síntomas sobresalientes de la patología psiquiátrica de base (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de la personalidad, alcoholismo o abuso de sustancias), o dar una ayuda psicológica para aliviar o resolver la situación

Dirección de los autores: Centro de Salud Mental de Adultos. Calle de Maestros Martin Galache, s/n. 33510 Pola de Siero, Asturias.
Correos electrónicos: juanmanuel.garciah@sespa.es, martagg118@gmail.com

Recibido: septiembre de 2018. *Aceptado:* septiembre de 2019.

de crisis vital de la persona. Aunque, sobraría decirlo, lo ideal sería que todas las personas pudieran tener acceso a ambas ayudas.

Desde hace años numerosos estudios han mostrado la utilidad de las intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas en el tratamiento y prevención de conductas autodestructivas (con y sin intención suicida) en adultos y tanto en formato individual como grupal (Brown y Jager-Hyman, 2014; Calati y Courlet, 2016; Erlangsen, Lind, Stuart *et al.*, 2015; Hawton, Witt, Salisbury *et al.*, 2016; Hetrick, Robinson, Spittal y Carter, 2016). Lo mismo se puede decir para el grupo de adolescentes y jóvenes (McCauley, Berk, Asarnow *et al.*, 2018; Mora Encinas, 2018). Es en base a esta evidencia empírica que la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* del Sistema Nacional de Salud (SNS), publicada en 2012, decía lo siguiente: “Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, pág. 56). También la *Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental* recomienda la implementación de tratamiento psicoterapéutico inmediatamente después de que los pacientes hayan sido evaluados en urgencias por intento de suicidio (Ayuso Mateos, 2011).

Despejada la duda sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas en el tratamiento y prevención de las conductas autodestructivas (suicidas no suicidas), se trataría ahora de presentar, siquiera sucintamente, algunos enfoques de ayuda que a nuestro juicio, desde la clínica asistencial, son especialmente útiles para trabajar la problemática del suicidio. Estos enfoques son los siguientes: la terapia existencial y la terapia cognitiva. La utilidad de estos modelos vendría dada, más allá de la evidencia-basada-en-la-práctica, por el hecho de que contienen elementos terapéuticos directamente relacionados con los procesos psicológicos subyacentes implicados en la vulnerabilidad y crisis suicida.

Antes de continuar conviene señalar que a la hora de trabajar con una persona que presenta riesgo de suicidio, la ayuda ha de ser flexible, respetuosa con la autonomía del consultante y determinada por el estado mental en que se encuentra la persona. No tener en cuenta el momento concreto de la persona, puede llevar a un deterioro de la alianza y un empeoramiento de la situación de resultados aciagos.

Por otro lado, importa señalar que la intervención psicológica tiene más opciones de éxito en las primeras fases de la evolución suicida, esto es, en las fases de ideación y ambivalencia, que en las últimas: de decisión y ejecución (Pödlinger, 1969; Rojas, 1978), sin perjuicio de su utilidad en las mismas.

El objetivo de este artículo es presentar dos enfoques de ayuda psicológica para personas en situación de crisis suicida. Son los siguientes: la terapia existencial y la te-

rapia cognitiva. Estos enfoques cuentan con el apoyo de la experiencia de los autores firmantes en los servicios de salud mental (evidencia-basada-en-la-práctica) si bien, al primero le faltaría aún la “evidencia” experimental (práctica-basada-en-la-evidencia). El enfoque cognitivo o cognitivo-conductual cuenta, respecto a lo que aquí interesa que es la problemática del suicidio, con bastante apoyo empírico. Es por ello que en la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* del SNS se decía lo siguiente: “De modo general, en los pacientes con conducta suicida se recomiendan los trastornos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, pág. 56). Finalmente, se cierra el trabajo con algunas de las principales conclusiones.

Terapia Existencial: de la Logoterapia a la Terapia de Aceptación y Compromiso

La *Terapia Existencial* se inicia en la Logoterapia de V.E. Frankl (1988, 1990, 1996, 2008) y se desarrolla en la Psicoterapia Existencial de I.D. Yalom (1984, 2000, 2008). La satisfacción con la vida, el logro de metas valiosas, el proyecto de vida, el vacío existencial, el sentido de la vida, etc., son dimensiones propias del enfoque existencial que inciden en lo más nuclear del desarrollo de la vulnerabilidad y crisis suicida.

Una de las raíces de la vivencia de vacío existencial está en cómo las personas valoran su existencia y el sistema de significados con el que dan sentido a sus vidas y dificultades. Especialmente relevantes son aquí las experiencias de soledad-aislamiento, sufrimiento trágico, culpa, libertad y muerte. Tras la desvalorización de los sistemas tradicionales de significado en el mundo occidental (véase la pérdida de la fe religiosa y de la creencia en la trascendencia humana), pero también tras la crisis o fracaso de la utopía positivista científico-técnica (véase la crítica a la racionalidad científico-técnica de la Escuela de Fráncfort, aunque no por ello se deja de vivir en una sociedad tecnológica), los valores éticos y “marcos referenciales” (Taylor, 2016) hasta entonces operativos dejan de funcionar; caen los cimientos, “se deja de hacer pie” (García-Haro, García-Pascual y González, 2018a), quedando así la persona desorientada y sumergida en un “mar de dudas” (Ortega y Gasset), obligada a pensar y buscar un nuevo sentido o proyecto al que agarrarse. Se trataría de una crisis de “anomia” (Durkheim, 2004), que se manifiesta tanto a escala sociológica como a escala personal-psicológica y que se paga con la crisis de identidad y la psicopatología de los trastornos límite de personalidad (Novella, 2018). Se precisa pues la construcción de nuevos valores o cimbras que sirvan para nadar y sostener el ser, más allá de valores positivistas o trascendentes, más aún en una sociedad “lí-

quida” (Bauman, 2017) y “pluralista” (Berger y Luckmann, 1997), si bien nada impide apoyarse en ellos si esto está al servicio de la persona.

Existen dos raíces que nutren el árbol de la *Terapia Existencial*: una raíz heideggeriana y otra sartreana (Villegas, 1988, 1994, 2005). A estas dos habría que sumar una tercera que deriva de la razón vital de Ortega y Gasset. Desde las coordenadas de la analítica de la vida humana de Ortega y Gasset (1966, 1974) proponemos la siguiente reflexión: existir significa vivir luchando de continuo por resolver el problema del ser, de decidir la persona que queremos ser. En efecto, cada persona no tiene otro remedio que estar-ahí-haciendo-algo para sostenerse en la existencia y enfrentando o achicando la angustia incesante que viene de las preocupaciones existenciales básicas (muerte, soledad-aislamiento, libertad, etc.). Este estar-ahí-haciendo-algo consiste por de pronto en la tarea y responsabilidad (intransferible) de construir un proyecto de vida, una identidad, ser un “quién”, que permita amortiguar a modo de defensa la inseguridad y la amenaza inherente a nuestra vulnerabilidad existencial y finitud personal.

Se trata desde luego de una tarea (la de ser) que nunca está libre de riesgo, incertidumbre e inseguridad y donde la terapia existencial tendría su utilidad, siempre y cuando no derive en una suerte de “tecnología de expertos psi” (Foucault, 2000).

No hemos encontrado estudios controlados sobre la efectividad de la *Terapia Existencial* en el tratamiento y prevención de las conductas suicidas. En cambio, contamos con la opinión y experiencia de expertos en la materia, que apuntan a la utilidad de este enfoque, en concreto de la Logoterapia (Rocamora, 2017).

Dentro de esta orientación existencial se podría incluir también la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015). Se han señalado ciertas afinidades de ACT con la línea existencial (véase García-Haro, García-Pascual y González González, 2018b).

El objetivo principal de la Terapia de Aceptación y Compromiso es ayudar a las personas a desarrollar una vida plena y basada en valores. Se trataría aquí de visualizar un horizonte de sentido que se puede haber perdido como consecuencia del combate con los problemas de la vida, a menudo por abuso de estrategias de control y/o evitación de experiencias internas indeseadas. Para visualizar este horizonte de sentido se requiere identificar valores, experiencias, recuerdos o aspectos valiosos que hayan dado sentido a su vida, razones de vivir que tuvo (pasado), que tiene (presente) o tendría (futuro) si todo fuera bien. Crear vidas que merezcan la pena ser vividas, vidas con sentido, sería desde esta óptica un antídoto frente al vacío y la crisis suicida. Con todo, a veces ocurre que el horizonte vital de una persona consiste, paradójicamente, en conseguir una identidad suicida, como sucede a Isabel Holguín (Rendueles, 2018).

Hay estudios que apuntan a la utilidad de ACT en personas con conducta suicida (véase Ducasse, Rene, Beziat *et al.*, 2014; Ducasse, Jaussent, Arpon-Brand *et al.*, 2018).

Una tarea de ACT que nos ha resultado especialmente útil a la hora de trabajar con personas con riesgo suicida es analizar los ámbitos de valor que rigen la vida de los consultantes pero que pueden haber quedado sepultados por la lucha contra los síntomas.

Desde la ACT se ha elaborado la *Hoja de Asesoramiento de Valores* (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015), que contempla los siguientes:

1. Relaciones familiares (con la familia de origen).
2. Matrimonio/pareja/relaciones íntimas.
3. Ser padres.
4. Amistades/vida social.
5. Carrera/empleo.
6. Educación/formación/crecimiento personal y desarrollo.
7. Esparcimiento/diversión.
8. Espiritualidad.
9. Vida en comunidad.
10. Salud/cuidado físico.
11. Medio ambiente/sostenibilidad.
12. Valores estéticos (arte, música, literatura, belleza).

Luego, mediante el ejercicio de la *Brújula vital*, se trataría de examinar la distancia que hay en cada área entre la vida actual y la vida-según-valores, las metas coherentes con esos ámbitos, las barreras u obstáculos para cambiar y elegir cuál sería un primer paso. Se recuerda que una vida de valores implica un compromiso y no tiene un punto final (viajes que duran toda la vida). Las metas en cambio serían pasos que se dan en la dirección de los valores y que pueden ser tachados de una lista a medida que uno avanza en esa dirección.

Terapia Cognitiva

La *Terapia Cognitiva* de A. T. Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2006; Freeman y Reinecke, 1995) toma aquí su importancia por el concepto de *triada cognitiva* en el que ha caído la persona deprimida. La triada negativa hace referencia a un estado mental en el que el sujeto tiene una visión negativa del yo, del mundo y del futuro, lo cual acontece especialmente en los trastornos depresivos.

Por otro lado, dentro de la terapia cognitiva interesa señalar el constructo *desesperanza* (Beck, 1986; Beck, Steer, Kovacs y Garrison, 1985). Este constructo ha sido utilizado como causa proximal suficiente, aunque no necesaria, de la depresión (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). En este sentido interesa señalar la propuesta de una nueva categoría o subtipo de depresión llamada *depresión por desesperanza* (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). Esta

depresión ocurriría cuando se activa un estilo inferencial negativo que consiste en lo siguiente:

1. Una tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los sucesos negativos.
2. Una tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros.
3. Una tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos.

Se asume que este estilo inferencial negativo funciona como un factor de vulnerabilidad cognitiva que en interacción con factores de estrés produciría la aparición de los síntomas depresivos (Abramson, Alloy, Metalsky *et al.*, 1997).

Este estilo cognitivo funcionaría como un factor de vulnerabilidad cognitivo de la depresión y de la crisis suicida y llevaría al hecho de que ante fracasos biográficos la persona cayera en un bucle de autodescalificación global del *self*. Uno de los síntomas más asociados a este tipo de depresión sería las ideas y conductas suicidas (Abramson, Alloy, Hogan *et al.*, 2000). Como se sabe, la desesperanza opera como una variable moduladora entre la depresión y la conducta suicida. Se refiere aquí a dimensiones cognitivas tales como las expectativas negativas de resultado acerca de la posibilidad de ocurrencia de un suceso altamente negativo en el futuro inmediato y a largo plazo y expectativas negativas de auto-eficacia o indefensión respecto a la posibilidad de cambiar los estresores o los acontecimientos adversos. En efecto, cuando el yo se vive fracasado y como carga para los demás y además el futuro se tiñe de oscuro pesimismo, el suicidio surge como una puerta luminosa. “El futuro es cada vez más sombrío y no veo ninguna esperanza de felicidad” (Jaspers, 2003, pág. 240) fueron las últimas notas escritas de Van Gogh antes de suicidarse.

La desesperanza parece predecir la ideación, los intentos y los suicidios consumados. Se relaciona con los intentos más severos y planificados (Beck, Brown, Berchick *et al.*, 1990). También se ha asociado la desesperanza a conductas autolesivas no suicidas (Pérez Rodríguez, Marco Salvador y García-Alandete, 2017) con lo que parece haber un continuo de la influencia de la desesperanza en las conductas autodestructivas.

Sin embargo, aunque la desesperanza es un factor importante en el desarrollo de la ideación y conducta suicidas, hay autores que cuestionan su utilidad como predictor único de un posible suicidio o intento de suicidio y señalan otras características psicológicas que funcionarían como factores de riesgo de conducta suicida tales como el perfeccionismo y la rigidez cognitiva, el neuroticismo, la propensión a la rumiación y a la supresión de pensamientos negativos, los sesgos atencionales y de memoria, etc. (O'Connor y Nock, 2014).

La *Terapia Cognitiva* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2006, Freeman y Reinecke, 1995) trataría de modificar los pensamientos y esquemas asociados a la triada negativa, los factores disposicionales de vulnerabilidad cognitiva y trataría además de desarrollar estrategias de afrontamiento para hacer frente a los desafíos de la vida, y en este caso que nos ocupa, para hacer frente a la crisis suicida (Ellis y Newman, 1996; Henriques, Beck y Brown, 2003; Wenzel y Beck, 2008; Wenzel, Brown y Beck, 2009).

Hay bastantes estudios que demuestran la utilidad de la *Terapia Cognitiva* en el tratamiento y prevención de las conductas suicidas (Berk *et al.*, 2006; Brown, Ten Have, Henriques *et al.*, 2005; Henriques, Beck y Brown, 2003; Lin, Ko, Wu *et al.*, 2018). Una aplicación en castellano de la *Terapia Cognitiva* a la problemática del suicidio puede verse en Freeman y Reinecke (1995). En nuestro país hay estudios que avalan la utilidad de la *terapia cognitiva* para personas en situación de riesgo en los servicios públicos (Reijas, Ferrer, González e Iglesias, 2013).

Una técnica útil para elaborar la ambivalencia entre la vida y la muerte es la *hoja de balance decisional*. Se pide a la persona que escriba en diferentes columnas, cada una de las opciones posibles que forman el dilema. A continuación, en dos filas, cuáles serían las ventajas y desventajas de cada una de estas opciones. Beck *et al.* (2006) proponen esta tarea para analizar las razones para vivir y las razones para suicidarse.

Relación entre la *Terapia Existencial* y la *Terapia Cognitiva*

La *Logoterapia* es un enfoque de ayuda centrado en el significado y los valores, bastante compatible con la *Terapia Cognitiva* (véase Ameli y Dattilio, 2013). Se han realizado numerosos estudios cruzando constructos de ambos enfoques. Así, hay estudios que muestran que la variable *vacío existencial* (como opuesta a *sentido de la vida* o *meaning in life*) se asocia al constructo de *desesperanza* (Gallego-Pérez y García-Alandete, 2004; García-Alandete, Gallego-Pérez y Pérez-Delgado, 2009). En base a esta correlación estadística, y al hecho de que, como se dijo, la desesperanza es uno de los predictores más importantes del riesgo de suicidio, cabe pensar que la sensación de falta de sentido vital o vacío existencial podría ser un buen indicador de riesgo de suicidio. La ausencia de sentido vital puede llevar a una frustración en la que la persona se desespera, pudiendo llegar al suicidio (Mascaro y Rosen, 2005). Cuando la vida no tiene sentido, se quitan las ganas de vivir. Esta hipótesis queda confirmada en numerosos estudios. En el estudio de García-Alandete Gallego-Pérez y Pérez-Delgado (2009) en población general se encuentra que a mayor puntuación en vacío existencial, mayor riesgo de cometer tentativas suicidas. Interesa saber cómo funcionan las cosas en población clínica. En población clínica se ha estudiado el papel mediador que el sentido vital

tiene entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad con riesgo suicida. Se confirma la interrelación entre depresión-desesperanza-vacío existencial-riesgo de suicidio.

Por otro lado, se verifica que contar con sentido y propósito vital (asociado a la variable *razones para vivir*) es un buen protector contra el suicidio en personas con trastorno límite de la personalidad que presentan además desesperanza y depresión (García-Alandete, Marco y Pérez, 2014; Marco, García-Alandete, Pérez y Botella, 2014). En otros estudios se vio que el sentido de la vida moderó la relación entre desesperanza y riesgo de suicidio (Marco, Pérez y García-Alandete, 2016). Contar con *razones para vivir* (*reasons for living*) (Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983) es un importante factor protector frente al riesgo suicida. Son los argumentos o puntos de anclaje para no saltar al vacío. Además, la variable “razones para vivir” correlaciona negativamente con la variable *desesperanza* y con riesgo suicida en personas con depresión (Malone, Oquendo, Haas *et al.*, 2000).

La soledad y la pérdida de esperanza de ser-valioso-para-otro anteceden muchas veces a la crisis suicida. Aquí es conocida la situación de algunos suicidas que ahogados en su radical soledad deciden acabar con su vida y justo antes de ejecutar su fin reciben la llamada o visita inesperada de una persona (un hijo, un amigo, una pareja), la cual desactiva totalmente la crisis suicida. Hay de pronto un descubrimiento de que aún siguen siendo personas valiosas para alguien.

Así pues, se concluye que el sentido de la vida, asociado a la variable *razones para vivir*, es un elemento protector frente al suicidio (Kleiman y Beaver, 2013) incluso en personas con depresión y desesperanza. Este elemento terapéutico debería integrarse en los programas de ayuda psicológica a personas con riesgo.

Conclusión

Se han presentado dos enfoques de ayuda psicológica para personas en situación de riesgo o crisis suicida. Son los siguientes: la terapia existencial y la terapia cognitiva. El primer enfoque tiene como punto fuerte el trabajar narrativas nucleares de la vulnerabilidad suicida como el proyecto de vida, el vacío existencial, las razones de vivir y los valores. El segundo enfoque tiene la ventaja de tratar temas fundamentales de la depresión y del suicidio como son la triada cognitiva, los sesgos y la desesperanza. Se concluye que estos dos enfoques de ayuda, solos o en combinación, pueden ser de gran utilidad al clínico en la orientación y planificación de la ayuda. Construir un proyecto de futuro, dar sentido a la vida, conectarse a valores, moderar los sesgos inferenciales negativos y transmitir esperanza pueden ser dianas terapéuticas (*targets*) que bien pueden aliviar la crisis suicida y posponer la opción de matarse. Estas ayudas deberían estar a disposición de

todas las personas que reciben ayuda en los servicios públicos por crisis, ideas o conductas suicidas: en los sujetos de bajo riesgo para no escalar a un mayor riesgo y en los de alto riesgo para prevenir la repetición suicida y los ingresos hospitalarios por este motivo.

Referencias

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hogan, M.E., Whitehouse, W.G., Gibb, B.E., Hankin, B.L. y Cornette, M.M. (2000). [The Hopelessness Theory of Suicidality](#). En T.E. Joiner y M.D. Rudd (Eds.), *Suicide Science. Expanding the Boundaries* (pp. 17-32). Boston: Springer.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Metalsky, G.I., Joiner, T.E. y Sandín, B. (1997). [Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes](#). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222 [DOI: 10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845].
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. (1989). [Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression](#). *Psychological Review*, 96(2), 358-372 [DOI:10.1037/0033-295X.96.2.358].
- Ameli, M. y Dattilio, F.M. (2013). [Enhancing cognitive behavior therapy with logotherapy: techniques for clinical practice](#). *Psychotherapy*, 50(3), 387-391 [DOI: 10.1037/a0033394].
- Ayuso Mateos, J.L. (2011). Protocolos preventivos genéricos y específicos. En J. Bobes García, J. Giner Ubago y J. Saiz Ruiz (Eds.), [Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida](#) (pp. 163-182). Madrid: Editorial Triacastela/Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- Balbi, E., Boggiani, E., Dolci, M. y Rinaldi, G. (2012). *Adolescentes violentos. Contra los otros, contra ellos mismos*. Barcelona: Herder.
- Bauman, Z. (2017). *Modernidad líquida*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, A.T. (1986). [Hopelessness as a Predictor of Eventual Suicide](#). *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487(1), 90-96 [DOI: 10.1111/j.1749-6632.1986.tb27888.x].
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., Steer, R.A. (1990). [Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication With Psychiatric Outpatients](#). *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-195 [DOI: 10.1176/ajp.147.2.190].
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M. y Garrison, B. (1985). [Hopelessness and Eventual Suicide: A 10 Year Prospective Study of Patients Hospitalized with Suicidal Ideation](#). *American Journal of Psychiatry*, 42(5), 559-563 [DOI: 10.1176/ajp.142.5.559].

- Berger, P.L. y Luckmann, T. (1997). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno*. Barcelona: Paidós.
- Berk, M.S., Henriques, G.R., Warman, D.M., Brown, G.K. y Beck, A.T. (2004). [A Cognitive Therapy Intervention for Suicide Attempters: An Overview of the Treatment and Case Examples](#). *Cognitive Behavioral Practice*, 11(3), 265-277 [DOI: 10.1016/S1077-7229(04)80041-5].
- Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., Beck, A.T. (2005). [Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial](#). *Journal of American Medical Association JAMA*, 294(5), 563-570 [DOI: 10.1001/jama.294.5.563].
- Brown, G.K. y Jager-Hyman, S. (2014). [Evidence-based Psychotherapies for Suicide Prevention. Future Directions](#). *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), 186-194 [DOI: 10.1016/j.amepre.2014.06.008].
- Calati, R. y Courtet, P. (2016). [Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data](#). *Journal of Psychiatric Research*, 79, 8-20 [DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.003].
- Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., Calati, R., Carrière, I., Guillaume, S., Courtet, P. y Olié, E. (2018). [Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial](#). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4), 211-222 [DOI: 10.1159/000488715].
- Ducasse, D., Rene, E., Beziat, S., Guillaume, S., Courtet, P., Olie, E. (2014). [Acceptance and Commitment Therapy for Management of Suicidal Patients: A Pilot Study](#). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6), 374-376 [DOI: 10.1159/000365974].
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio. Estudio de sociología*. Madrid: Losada.
- Ellis, T.E. y Newman, C.F. (1996). *Choosing to live*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Erlangsen, A., Lind, B.D., Stuart, E.A., Qin, P., Stenager, E., Larsen, K.J., Wang, A.G., Hvid, M., Nielsen, A.C., Pedersen, C.M., Winsløv, J.H., Langhoff, C., Mühlmann, C., Nordentoft, M. (2015). [Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based nationwide multicentre study using propensity score matching](#). *Lancet Psychiatry*, 2(1), 49-58 [DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00083-2].
- Estrada Díaz, J.A. (2007). La lucha contra el nihilismo, según Adorno. En L. Sáez, J. De la Higuera y J.F. Zúñiga (Eds.), *Pensar la nada. Ensayos sobre filosofía y nihilismo* (pp. 347-365). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Foucault, M. (2000). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V.E. (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V.E. (1990). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V.E. (1996). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V.E. (2008). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Freeman, A. y Reinecke, M.A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Gallego-Pérez, J.F. y García-Alandete, J. (2004). Sentido en la vida y desesperanza en un grupo de estudiantes universitarios. *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 8, 49-64.
- García-Alandete, J. Gallego-Pérez J.F. y Pérez-Delgado, E. (2009). [Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico](#). *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454
- García-Alandete, J., Marco, J.H. y Pérez, S. (2014). [Predicting the role of the meaning in life on depression, hopelessness, and suicide risk among Spanish Borderline Personality Disorder patients](#). *Universitas Psychologica*, 13(4), 1545-1555 [DOI: 10.11144/Javeriana. UPSY13-4.primi].
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González, M. (2018b). [Cuando los síntomas no dejan ver el sentido. Viaje existencial al centro de la psicoterapia](#). *Revista de Psicoterapia*, 29, 39-67 [DOI: 10.33898/rdp.v29i109.227].
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González, M. (2018a). [Cuando se deja de hacer pie. Notas sobre cultura moderna, crisis de sentido vital y psicopatología](#). *Revista de Psicoterapia*, 29, 147-169 [DOI: 10.33898/rdp.v29i109.229].
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). [Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida](#). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.
- Hawton, K., Witt, K.G., Salisbury, T.L.T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., van Heeringen, K. (2016). [Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis](#). *Lancet Psychiatry*, 3(8), 740-750 [DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30070-0].
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Henriques, G., Beck, A.T. y Brown, G.K. (2003). [Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters](#). *American Behavioral Scientist*, 46, 1258-1268 [DOI: 10.1177/0002764202250668].

- Hetrick, S.E., Robinson, J., Spittal, M.J., Carter, G. (2016). [Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis and meta-regression](#). *BMJ Open*, 6(9), e011024 [DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011024].
- Jaspers, K. (2003). *Genio artístico y locura. Strindberg y Van Gogh*. Barcelona: Acontilado.
- Kleiman, E.M. y Beaver, J.K. (2013). [A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor](#). *Psychiatry Research*, 210(3), 934-939 [DOI:10.1016/j.psychres.2013.08.002].
- Lin, T.J., Ko, H.C., Wu, J.Y., Oei, T.P., Lane, H.Y. y Chen, C.H. (2018). [The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan](#). *Archives of Suicide Research*, 23(1), 82-99 [DOI: 10.1080/13811118.2018.1436104].
- Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L. y Chiles, J.A. (1983). [Reasons for Staying Alive When You Are Thinking of Killing Yourself: The Reasons for Living Inventory](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286 [DOI: 10.1037/0022-006X.51.2.276].
- Malone, K.M., Oquendo, M.A., Haas, G.L., Ellis, S.P., Li, S. y Mann, J.J. (2000). [Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living](#). *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1084-1088 [DOI: 10.1176/appi.ajp.157.7.1084].
- Marco, J.H., [García-Alandete, J.](#), Pérez, S. y [Botella, C.](#) (2014). [El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad](#). *Psicología Conductual*, 22(2), 293-305.
- Marco, J.H., Pérez, S. y García-Alandete, J. (2016). [Meaning in life buffers the association between risk factors for suicide and hopelessness in participants with mental disorders](#). *Journal of Clinical Psychology*, 72(7), 689-700 [DOI: 10.1002/jclp.22285].
- Mascaro, N. y Rosen, D.H. (2005). [Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms](#). *Journal of Personality*, 73(4), 985-1013 [DOI: 10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x].
- McCauley, E., Berk, M.S., Asarnow, J.R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., Linehan, M.M. (2018). [Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial](#). *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777-785 [DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109].
- Mora Encinas, M.P. (2018). [Prevención de la conducta suicida en jóvenes y adolescentes. Una revisión desde 1997](#). *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 203-226 [DOI: 10.33898/rdp.v29i109.195].
- Novella, E. (2018). *El discurso psicopatológico de la modernidad. Ensayos de historia de la psiquiatría*. Madrid: Catarata.
- O'Connor, R.C. y Nock, M.K. (2014). [The psychology of suicidal behaviour](#). *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85 [DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6].
- Ortega y Gasset, J. (1966). *¿Qué es filosofía?* Madrid: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1974). *Unas lecciones de metafísica*. Madrid: Revista de Occidente.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Pérez Rodríguez, S., Marco Salvador, J.H. y García-Alandete, J. (2017). [The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts](#). *Psicothema*, 29(3), 323-328 [DOI: 10.7334/psicothema2016.284].
- Pödlinger, W. (1969). *La tendencia al suicidio. Estudio médico-psicológico y médico-sociológico*. Madrid: Morata.
- Reijas, T., Ferrer, E., González, A y Iglesias, F. (2013). [Evaluación de un programa de intervención intensiva en conducta suicida](#). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 279-286.
- Rendueles, G. (2018). *Suicidio(s)*. Madrid: Grupo 5.
- Rocamora A. (2017). *Cuando nada tiene sentido. Reflexiones sobre el suicidio desde la Logoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Rojas, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona: Salvat.
- Russell, B. (1969/2012). *Autobiografía*. Barcelona: Edhasa.
- Taylor, Ch. (2016). *Las fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós.
- Villegas, M. (1988). El análisis existencial: cuestiones de método. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 25, 55-70.
- Villegas, M. (1994). Análisis existencial y psicoterapia. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia. Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 207-240). Valencia: Promolibro.
- Villegas, M. (2005). Los valores: Análisis existencial. En B. Rojí y L.A. Sául (Coords.), *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas* (pp. 69-118). Madrid: UNED.
- Wenzel, A., Brown, G.K. y Beck, A.T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications*. American Psychological Association, Washington.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder.
- Yalom, I.D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Yalom, I.D. (2008). *Mirar al sol. La superación del miedo a la muerte*. Buenos Aires: Emecé.

